

Este folleto es cortesía de los Servicios Legales del Norte de Virginia. Si usted tiene alguna pregunta sobre éste material o éste tema, por favor comuníquese con nosotros a través de un [e-mail](#) o al teléfono 703-778-6800

MEDICARE AND MANAGED CARE CHOICE FOR PEOPLE ON MEDICARE (Spanish)

EL MEDICARE Y EL PLAN DE SERVICIOS ADMINISTRADOS ALTERNATIVAS PARA LAS PERSONAS ACOGIDAS AL MEDICARE

1. ¿QUE ES UN PLAN DE SALUD DE SERVICIOS ADMINISTRADOS?

El plan de Servicios Administrados, al que unas veces se hace referencia como una Organización de Servicios Administrados (MCO en inglés) u Organización para el mantenimiento de la Salud (HMO en inglés) puede concebirse como la combinación de una compañía de seguros y un sistema de prestación de servicios a la salud, todo en una sola empresa. Las compañías de Servicios Administrados proporcionan servicios, o contratan otros especializados para proporcionar atención a la salud de las personas o grupos de personas mediante un precio fijo, pagado por adelantado. Ya que los planes de Servicios administrados prestan servicios de atención a la salud por precio fijo, ellos usan varios métodos para controlar los costos.

2. ¿COMO PRESTA SERVICIOS EL PLAN DE SALUD DE SERVICIOS ADMINISTRADOS?

Las personas normalmente piensan sobre un HMO, en el tipo modelo de grupo donde todos los médicos (de atención primaria y especialistas) estan alojados debajo de uno o más de una instalación de salud central para prestar servicios de salud, y el paciente va a el local de la HMO para recibir todos los servicios. Aunque el modelo de grupo existe, una variante común es la red modelo, donde el HMO contrata con varios doctores o grupos de doctores en la comunidad para proveer la atención. Además la HMO contrata con hospitales especializados, hogares de recuperación, organizaciones de atención a la salud domiciliarias y laboratorios para suministrar servicios completo para todos los miembros de la HMO. La HMO es simplemente una compañía que cobra honorarios fijos a sus miembros (usualmente es mensual) y luego contrata con varios proveedores de servicios de salud para efectuar los servicios cuando los miembros lo requieran.

3. ¿CUAL ES LA DIFERENCIA ENTRE UN PLAN DE SEGURO DE “HONORARIOS POR SERVICIOS” Y UN PLAN DE “SERVICIOS ADMINISTRADOS ”?

La tradicional póliza de seguros es un plan de honorarios por servicios o plan de compensación. Usted puede escoger un médico licenciado y luego puede usar los servicios de un hospital, proveedor de servicio de salud u otra institución. Se paga un honorario cada vez que se usa un servicio. Cualquiera sea su plan de seguros, o el Medicare, ellos pagan una porción de sus gastos de hospital, médicos y otros de servicio de salud. Usted es responsable del pago de ciertas sumas deducibles, y de los pagos de co-seguro, la parte de la cuenta que Medicare no se paga. Usualmente los beneficiarios del Medicare compran planes de seguro de salud suplementario (pólizas del Medigap) para cubrir los deducibles y co-pagos que Medicare no cubre. Cuando usted se afilia a un plan de Servicios Administrados, usted paga una prima mensual y algunas veces un pequeño co-pago cada vez que se usa de un servicio. Usualmente no hay cobros adicionales por el plan, sin importar cuantas veces usted visite al médico, sea hospitalizado (a) o use de otros servicios comprendidos en el plan.

4. ¿DE QUE MODO CONTROLA LOS COSTOS UN PLAN DE SERVICIOS ADMINISTRADOS?

Bajo un plan de honorarios por servicios, usted decide a que médico o especialista quiere ver y cuantas veces quiera verlos. Bajo un plan de Servicios Administrados Usted deberá usar el médico, el especialista y el hospital que esten cubiertos bajo el plan. El plan de Servicios administrados también limita igualmente el acceso a la atención, los exámenes y las medicinas especializadas con mayor frecuencia que los planes de honorarios por servicios. En este plan de Servicios Administrados usted debe obtener primero la aprobación de un médico de atención primaria antes de ir a un especialista o laboratorio cubierto bajo el plan. Básicamente Usted tiene menos opciones, pero también tiene que pagar menos gastos de su bolsillo.

5. ¿COMO PUEDO AFILIARME A UN PLAN DE SERVICIOS ADMINISTRADOS SI SOY BENEFICIARIO (A) DE MEDICARE?

La mayoría de los beneficiarios de Medicare son elegibles para inscribirse en un plan de Servicios Administrados. El único requisito es que usted continúe pagando la prima mensual de la “parte B”. Medicare a su vez, paga a la Compañía de Servicios Administrados una cantidad fija de dinero cada mes por proveerle los servicios de salud. Estos planes contratan con el Medicare y deben ofrecerle a usted todos los servicios cubiertos por Medicare con excepción del cuidado en un hospicio. A los beneficiarios de Medicare no se les puede negar la membresía (en un plan de Servicios Administrados) debido a mala salud o incapacidad. Muchos planes de Servicios Administrados ofrecen servicios adicionales, tales como atención preventiva, recetas médicas y servicio de anteojos. El Plan de Servicios Administrados puede cobrar una prima mensual pequeña para cubrir otros costos y usualmente exige un pequeño co-pago cada vez que usted recibe un servicio. Así, en vez de que Medicare pague una parte de sus costos de atención

a la salud cada vez que usted vea un médico, Medicare paga a la HMO una cantidad de dinero fijo cada mes, ya sea que Usted necesite los servicios o no los necesite para la atención a su salud.

6. ¿NECESITO SEGURO “MEDIGAP” SI ME INSCRIBO EN UN PLAN DE SERVICIOS ADMINISTRADOS?

No confunda la inscripción en un Plan de Servicios Administrados bajo el Medicare con una póliza “Medigap”, no son lo mismo. Cuando usted se inscribe en un Plan de Servicios Administrados, no necesitará seguro “Medigap”. Sin embargo, usted puede desear el conservar su seguro Medigap hasta que haya puesto a prueba el plan durante unos cuantos meses. Si usted se da de baja de este plan y más tarde regresa al Medicare tradicional, y trata de comprar su póliza antigua de “Medigap”, la póliza puede cobrarle a usted una prima mensual más alta y puede ahora excluirle la cobertura de cualesquiera enfermedades pre-existentes que usted tenga.

7. ¿CUALES SON LAS VENTAJAS DE INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE SERVICIOS ADMINISTRADOS?

Los planes de Servicios Administrados de Medicare tienen cierto número de beneficios:

- Usted no tendrá que pagar los deducibles y co-pagos de Medicare.
- Usted no necesitará del seguro “Medigap” para complementar su cobertura de Medicare.
- Usted recibirá cobertura por servicios que Medicare no cubre, tales como servicios de atención preventiva, cuidado de la vista, cuidado del oído y medicinas por receta.
- La calidad de la atención puede ser realizada o mejorada debido a la coordinación de los servicios.
- Usted tendrá mucho menos papeleo que hacer.

8. ¿CUALES SON LOS INCONVENIENTES DE INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE SERVICIOS ADMINISTRADOS?

Los planes de Servicios Administrados de Medicare tienen inconvenientes también:

- Usted no puede ir a cualquier médico u hospital que Usted escoja. La única excepción es cuando usted necesite servicios de urgencia o servicios imprevistos de urgencia fuera de su zona. De otro modo usted está “encerrado (a)” y debe usar las prestaciones de servicios locales e instalaciones proveídos por la compañía de Servicios Administrados.
- Usted debe obtener aprobación previa de su médico de atención primaria para ver a un especialista, someterse a cirugía o recibir otros servicios médicos.
- Si usted está fuera de la zona de servicio del Plan de Servicios Administrados, no recibirá cobertura por su atención, excepto en las situaciones de emergencia y servicios urgentes. Si usted dá viajes largos a menudo, o pasa una parte del año

fuera de la zona de servicio del Plan de Servicios Administrados, el inscribirse en esta clase de plan puede no ser para usted.

9. ¿SI DECIDO QUE NO ME GUSTA ESTAR EN UN PLAN DE SERVICIOS ADMINISTRADOS BAJO MEDICARE, ¿PUEDO REGRESAR AL PLAN DE MEDICARE DE HONORARIOS BASICO POR SERVICIOS?

Usted tiene derecho a darse de baja del plan de Servicios Administrados y regresar a Medicare. Su cobertura de Medicare empezará el primer día del mes siguiente a aquel en que usted se dió de baja de la HMO. Por ejemplo si usted se da de baja de la HMO el 05 de Marzo , entonces el 1 de abril siguiente ya usted no estará más en la HMO. Sin embargo hasta el 1 de Abril , usted debe continuar usando el HMO para los servicios de atención a la salud.

10. ¿COMO ME DOY DE BAJA DEL PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO?

A fin de darse de baja , usted puede o bien avisar a HMO por escrito de su petición para darse de baja del plan. Probablemente es mejor para usted informar realmente a Medicare de su baja, tanto visitando a la Oficina del Seguro Social como escribiendo a la HMO por correo certificado con tarjeta de acuse de recibo de modo que usted pruebe de que la HMO recibió su carta.

11. ¿QUE DEBERIA USTED CONSIDERAR ANTES DE INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE SERVICIOS ADMINISTRADOS EN PARTICULAR, BAJO MEDICARE?

Antes de firmar cualesquiera materiales de HMO, Usted debería revisar los materiales de la HMO y hallar las respuestas a las preguntas siguientes:

- ¿A donde va usted para recibir los servicios? ¿A una Institución Central ? ¿A la consulta de un médico individual? ¿Es eso conveniente para usted?
- ¿Que médicos y otros prestadores de servicios para la salud estan afiliados al plan de Servicios Administrados? ¿Puede usted cambiar de médico dentro del plan si aquel que usted seleccionó inicialmente no le resulta satisfactorio?. Si usted desea hacer algún cambio, ¿Cuanto tiempo tiene que esperar?.
- ¿Estan los médicos participantes de atención primaria aceptando a nuevos pacientes?. Esto resulta especialmente importante si usted está interesado (a) en un médico particular.
- ¿Como se define una emergencia ? ¿Adonde va usted para los casos de emergencia , especialmente después de las horas normales de trabajo o en los fines de semana? ¿Que pasa si usted está fuera de la ciudad? ¿Con que prontitud tiene usted que avisar al plan que ha recibido atención de emergencia ?
- Si las medicinas son ofrecidas en el plan, ¿Que medicinas por receta se ofrecen y son estas medicinas bajo el plan las que usted necesita?

- ¿Que hogares de recuperación capacitada estan cubiertos bajo el plan? ¿Con que entidad de atención domiciliaria a la salud esta contratado el plan?
- ¿Que porcentaje de los miembros de la HMO se han dado de baja este año, porque se han dado de baja?
- ¿A cuanto asciende los co-pagos y varian estos entre el de atención médico primaria y un especialista? ¿Exige el plan que usted pague cualesquiera primas, y cuanto?
- ¿ Que controles se sitúan sobre el médico en terminos de prestar servicios a los miembros?
- ¿Si usted padece de una enfermedad singular que exige atención especial, ¿le proporcionará a usted el plan la atención que usted necesita?

12. ¿PUEDO RECURRIR CONTRA UNA DECISION DE NO PAGAR, O DE DAR COBERTURA, HECHA POR EL PLAN DE SERVICIOS ADMINISTRADOS?

Del mismo modo que usted tiene derecho bajo el Medicare a recurrir contra una decisión, Usted tiene derecho a apelar una decisión hecha por la HMO que usted cree que fue hecho equivocadamente. Por la ley se exige a las HMO's que tengan procedimientos de apelación establecidos. Usted puede apelar contra una decisión de un HMO de no darle a usted servicios, así como también apelar contra una decisión de una HMO de no pagar su atención de emergencia o servicios urgentes. No confunda el sistema formal de apelación con la presentación de una queja a la HMO. Los materiales de la membresía deben darle a Usted los detalles sobre sus derechos para apelar o recurrir. Legal Services of Northern Virginia (Servicios Legales del Norte de Virginia) estan disponibles también para ayudar a explicarle a usted el trámite de la apelación y además suministrarle representación para la propia apelación.

IMPORTANTE

La situación de cada persona es diferente, y casi todas las reglas tienen excepciones. La información que aparece anteriormente se destina sólo para fines de información general en el Estado de Virginia. Es posible que no sea aplicable a las circunstancias individuales de usted. Por lo tanto, es aconsejable que usted trate de su situación en particular con un(a) abogado(a).

LAS OFICINAS DE LSNV

Si usted necesita ayuda legal, llame a cualquiera de las oficinas de Servicios Legales que sirven en el condado que usted reside, para hacer una cita. Para que Servicios Legales le pueda ayudar, usted debe alcanzar ciertos requisitos financieros de elegibilidad. Estos requisitos le van a ser explicados cuando llame para una cita.

LSNV ayuda a personas necesitadas y ancianos en Alexandria, Arlington, Fairfax City, Fairfax, Falls Church, Loudoun, Manassas, Manassas Park y Prince William.
